

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 112

DU

DRAINAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE

ses applications

EN GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Février 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges REYMOND

Né le 12 Janvier 1876, à Saint-Claude (Jura).



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4 RUE GENTIL, 4

—
Février 1902

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 112

DU

DRAINAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE

ses applications

EN GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

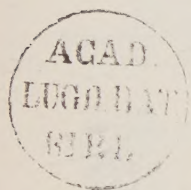
Et soutenue publiquement le 17 Février 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges REYMOND

Né le 12 Janvier 1876, à Saint-Claude (Jura).



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4 RUE GENTIL, 4

—
Février 1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.
CROLAS. QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		X.
Clinique des maladies mentales.		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		WEILL.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie.		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale.		TRIPPIER.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique.	DEVIC, —
Physiologie.	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires.	M. CAUSSE, Docteur es sciences

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. POLLOSSON (M.), Président; BÉRARD, Assesseur;
MM. TIXIER et FABRE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE. — A MA MÈRE

Hommage de ma reconnaissance.

A MES TROIS SŒURS BIEN-AIMÉES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

M. LE D^r MAURICE POLLOSSON

Professeur à la Faculté de Lyon,
Chirurgien-Major de l'Hôtel-Dieu.

AVANT-PROPOS

Un principe nous a paru dominer les divers enseignements, éminemment pratiques, de nos maîtres de l'Université de Lyon, à savoir que les bons résultats d'une méthode sont le plus souvent en rapport direct avec sa simplicité. Ce précepte a surtout été la dominante des leçons cliniques de nos maîtres en gynécologie et en obstétrique. Aussi, fidèle à leur doctrine, nous n'aurons pour but, dans ce travail, que d'étudier la méthode la plus simple, d'appliquer en gynécologie et en obstétrique le drainage de la cavité utérine dans les diverses affections qui sont susceptibles de ce traitement.

Pour ce faire, nous diviserons notre ouvrage en trois parties :

La première partie comprendra l'historique du drainage utérin, au double point de vue de la gynécologie et de l'obstétrique, pour chacune desquelles nous consacrerons un chapitre différent.

La seconde partie comportera l'étude du drainage utérin en gynécologie et se subdivisera en trois chapitres :

Chapitre premier. — Des principales méthodes du drainage utérin en gynécologie.

Chapitre II. — Critique de ces méthodes.

Chapitre III. — Indication du drainage en gynécologie.

La troisième partie sera consacrée à une étude semblable, du drainage de la cavité utérine en obstétrique.

Dans un chapitre spécial, nous nous étendrons davantage sur la description d'un drain nouveau ; nous indiquerons la manière de l'employer ; puis nous signalerons les cas où son usage est indiqué.

Nous reproduirons ensuite quelques observations ayant trait à ces cas.

Nous remercions bien vivement M. le professeur M. Pollosson de l'honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse ; nous adressons aussi nos remerciements à M. le professeur agrégé Condamin et à M. le Dr Goul-lioud pour les notes qu'ils nous ont fournies d'une façon si bienveillante ; de même au Dr Plauchu, chef de la clinique obstétricale, pour les conseils qu'il nous a donnés dans la rédaction de ce chapitre si intéressant de la pratique obstétricale. Merci, également, à notre ami, le Dr Weitzel, pour tous les bons services qu'il nous a rendus.

DU

DRAINAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE

SES APPLICATIONS

EN GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE DU DRAINAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE

Nous diviserons en deux catégories les auteurs qui ont étudié le drainage de la cavité utérine : 1^o ceux qui l'ont appliqué en gynécologie ; 2^o ceux qui ont employé cette méthode en obstétrique.

Bien que cette distinction n'ait pas toujours été faite, même par les auteurs qui se sont occupés de la question, nous la croyons cependant nécessaire ; en effet, les services de gynécologie et d'obstétrique sont le plus souvent séparés, dans les divers hopitaux, et le gynécologue n'a pu appliquer sa méthode que dans un nombre restreint de cas obstétricaux, et réciproquement pour l'accoucheur. En outre, nous croyons que l'état puerpéral de la femme nécessite, même pour des lésions en apparence semblables (endométrite) et pour des indications d'un même traitement général (drainage), des modalités spéciales de ce traitement, qui suffisent

à justifier leur distinction. C'est pourquoi nous divisons cette première partie en deux chapitres, l'un pour l'historique du drainage en gynécologie, l'autre pour l'historique du drainage en obstétrique.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DU DRAINAGE UTÉRIN EN GYNÉCOLOGIE

Les procédés utilisés pour le drainage de l'utérus sont très nombreux, et notre tâche serait lourde si nous voulions décrire tous les corps étrangers introduits dans l'utérus sous prétexte de le drainer. Aussi, nous avons fait un choix de tous ces moyens et nous n'avons retenu que ceux qui pourraient présenter quelque intérêt pratique.

Nous les grouperons sous quatre chefs : 1° Drainage à la gaze ; 2° aux crins de Florence ; 3° avec tube de caoutchouc ; 4° avec tube ou tiges rigides.

1° **Drainage à la gaze.**

Le drainage utérin à la gaze fut employé pour la première fois en Amérique en 1876-1877 par Balls et Sims¹ sans obtenir de résultats satisfaisants. Cependant Wylie, élève de Balls reprit ce procédé, le modifia et en 1890, devant la Société obstétricale de New-

¹ Balls et Sims et les suivants, cités dans la thèse de Vitrac, Bordeaux, 1895.

York, il défendait ardemment le drainage à la gaze, tel que Polk le pratiquait alors. En effet, en 1889, cet auteur avait décrit son procédé de drainage utérin à la gaze iodoformée, qui fit l'objet de plusieurs séances de cette Société, en 1890, et qui trouva alors de nombreux adversaires. H. Cœé trouve la méthode dangereuse ; Goëlet pense que l'utérus n'est pas assez tolérant pour la gaze ; Grandin se déclare franchement adversaire ; Emmet, Harisson, Dudley pensent que la méthode a du bon, mais font des réserves ; Boldt se déclare entièrement favorable à la méthode de Polk.

En 1892, à la Société médicale de l'Etat de New-York, la méthode de Polk trouve moins d'adversaires. Munde¹ rappelle que, dans la crainte d'accidents, après le curetage et drainage, il fait mettre de la glace sur le ventre de ses malades, il prévient ainsi, dit-il, la venue possible de la péritonite. Mordecaï Price et Joseph Price, de Philadelphie, se déclarent satisfaits de la simple dilatation, ils l'emploient comme moyen de drainage.

Toujours en 1892, dans l'*American Journal of Obstetrics*, parurent d'autres communications sur le drainage intra-utérin.

Henri, J. Garrigues dit avoir heureusement usé de la méthode de Polk et, pour rendre son emploi plus commode, il a fait construire une pince spéciale.

Waldo, à propos du traitement de l'endométrite, dit qu'il a employé avec succès le drain de gaze iodoform-

¹ Munde et suivants : *American Jour. of Obst.*, 1892, cités par Vitrac, thèse de Bordeaux, 1895.

mée, suivant le principe de Polk, dans les métrites du col avec sténose s'accompagnant de rétention.

Cleveland, malgré qu'il préfère un tube spécial a cependant employé le drainage à la gaze dans l'endométrite.

Murray a fait surtout du drainage à la gaze, limité à la portion cervicale.

Toujours en 1892, Riddle-Goffe (de Richmond¹), consacre au drainage à la gaze un long article où il se déclare très satisfait de cette méthode, et il en fait une étude très détaillée. Il cite aussi Pryor et King comme favorables au drainage à la gaze iodoformée.

Devant la Société médicale de Boston (1892) Washburn², parlant du procédé de Polk, dit qu'il doit être excellent dans le cas où l'orifice de la trompe ne paraît pas libre. Strong³, dans un article consacré au traitement des salpingites, rapporte quelques observations intéressantes par le drainage à la gaze.

Rutherford⁴ donne le résumé de sa pratique du drainage à la gaze, qu'il emploie suivant la méthode de Polk, il se félicite de cette méthode, alors que, dit-il, « les autres traitements ne donnent que des résultats infidèles et passagers ».

C'est le dernier auteur qui ait, à notre connaissance, publié des relations à ce sujet, en Amérique.

En Allemagne, le drainage à la gaze fut beaucoup moins étudié.

¹ Riddle-Goffe, *Virginia medical monthly*, septembre 1892.

² Washburn, *Boston medical and surg. Journal*, janvier 1892.

³ Strong, *Boston med. and surg. Journ.*, mars 1892.

⁴ Rutherford, *Med. News*, Philadelphia, avril 1892.

Dès 1882, Fritsch ¹ traite la métrite blennorragique au moyen de lanières de gaze intra-utérines.

Kehrer ² fait du tamponnement et du drainage utérin, mais comme il éprouve de la difficulté à introduire les mèches, il fait construire un instrument spécial, compliqué et peu pratique.

En France, c'est Doléris qui a fait le premier du drainage capillaire à la gaze iodoformée.

Suivant la réaction commencée par Walton, de Gand, par Poulet et Trélat, contre l'abus de la castration et de l'hystérectomie pour lésions chroniques des annexes, il a, dans de nombreuses publications ³, insisté sur les avantages des procédés conservateurs, parmi lesquels le drainage de la cavité utérine tient une place prépondérante.

Poulet ⁴ semble employer la gaze iodoformée bien plus comme moyen de pansement après le curetage que comme moyen de drainage.

Dans les hôpitaux de Paris, la pratique du drainage capillaire est peu répandue, ou du moins peu indiquée dans la bibliographie.

Le professeur Le Dentu et le Dr Pichein sont partisans de la méthode.

Le Dr Piedallu, du Raincy, ⁵ après avoir successivement usé, pour le traitement des diverses formes

¹ Fritsch, *Deutsche Chirurgie*, 1886.

² Kehrer, *Centralblatt f. Gyn.*, 1893.

³ *Compte rendu de la Soc. de Biol.*, 1888; *Nouvelles Arch. d'obst. et gyn.*, 1886-1890.

⁴ Poulet, *Lyon médical*, février 1888.

⁵ Piedallu, *Actualités médicales*, Paris, 1892.

d'endométrite, des applications topiques ou caustiques, puis du curetage, s'est rallié à la pratique du drainage à la gaze iodoformée.

En 1897, Leblond, inspire une thèse¹ publiant les résultats de sa méthode de drainage utérin. Il s'est servi, en premier lieu, d'un drain aux crins de Florence, mais les résultats obtenus par cette méthode ne l'encouragèrent pas, aussi eut-il recours à la gaze iodoformée,

Perrier (thèse de Paris, 1900) préconise le drainage utérin, après dilatation de l'utérus, comme traitement des salpingites catarrhales, purulentes et kystiques.

Géhorghin (thèse de Paris, 1900) étudie l'action du drainage à la gaze dans la cavité utérine ; ses conclusions sont en faveur du drainage capillaire à la gaze iodoformée.

A Bordeaux, le drainage à la gaze est de pratique courante en gynécologie : le D^r Boursier², le D^r Monod l'emploient fréquemment après les diverses opérations utérines.

De même, dans les hôpitaux de Lyon, dans les services du professeur Laroyenne, dans celui du D^r Pollosson, du D^r Vincent, nous avons vu souvent employer la méthode de drainage utérin à la gaze, mais cela dans des conditions bien déterminées, suivant un but, et des indications très précises, dont nous nous inspirerons au chapitre des indications du drainage à la gaze en gynécologie.

¹ Thèse de A. Bouchard, Paris, 1897.

² Cité par Vitrac, thèse de Bordeaux, 1894-1895

2° Drainage aux crins de Florence.

C'est Chéron qui, en 1892¹, eut le premier l'idée de drainer la cavité utérine au moyen d'un drain composé de crins de Florence entre-croisés et recourbés en forme d'anses.

Il dit avoir eu, par sa méthode, de bons résultats et pas d'accidents de rétentions. Cependant, son procédé eut peu d'imitateurs.

Leblond (thèse de Bouchard, Paris, 1897), avant d'employer le drainage à la gaze, avait eu recours au drain de crins; mais les résultats qu'il publie à ce sujet ne sont pas très brillants, aussi préfère-t-il le drainage à la gaze iodoformée qui lui donna de meilleurs succès.

3° Drainage avec tube de caoutchouc.

Nous verrons au chapitre d'historique du drainage en obstétrique que l'idée première de drainer l'utérus, au moyen de tube de caoutchouc, revient à Landenbuch (1872), mais cet auteur ne l'employa que dans le traitement de la métrite puerpérale, et c'est Schwartz de Halle² qui utilisa, le premier, un drain de caoutchouc dans diverses affections gynécologiques de l'utérus. D'ailleurs, il ne fut pas très content de sa méthode et l'abandonna bientôt.

En Amérique, Wylie³, après avoir utilisé la gaze

¹ Chéron, *Gazette des Hôpitaux*, 29 octobre 1892.

² Schwartz, Drainage des nicht puerperalen Uterus (*Centr. f. Gyn.*, Leipzig), 1883.

³ Wylie, *American Journal of obst.*, 1890.

comme moyen de drainage, eut recours à des tubes de caoutchouc.

Montgomery¹ a employé ce drainage pour les métrites chroniques.

En 1888, Ahfeld, de Gand², a préconisé l'usage de gros tubes rectilignes, ayant leur extrémité disposée en croix, son dispositif, comme nous le verrons plus loin, est très compliqué.

Schoull, de Troyes³, dit se servir du drain de Bonnaire, en plaçant dans le vagin un pessaire servant de soutien.

En Angleterre, Greenhalg⁴ emploie un tube de caoutchouc flexible, dont l'extrémité utérine, disposée comme une sonde urétrale, présente quatre fentes longitudinales et dont l'extrémité vaginale se continue avec une plaque de caoutchouc, qui lui sert de soutien.

A Paris, Verchère⁵ a décrit un drain de caoutchouc, dont il se sert très fréquemment.

Bonnaire⁶, en 1892, fait une longue communication, au sujet d'un drain qu'il décrit en détail, dont il donne le mode d'emploi et auquel il attribue de nombreux succès.

A Lyon, le drainage utérin avec tube de caoutchouc est peu employé, en gynécologie; nous décrirons plus loin le procédé de M. le professeur agrégé Condamin,

¹ *Medical News*, Philadelphia, avril 1892.

² Ahfeld, *Centralblatt f. Gynecologie*, Leipzig, 1883.

³ Schoull, *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 21.

⁴ Cité par Dicke.

⁵ Verchère, thèse de Bouteil, Paris, 1893.

⁶ Bonnaire, *Semaine médicale*, 1892, p. 348.

qui place un simple drain recourbé en U dans la cavité utérine.

4° Drainage avec tubes ou tiges rigides.

Des tubes rigides ont été introduits dans la matrice pour drainer sa cavité, tout en maintenant la direction normale du canal utérin. Ici, les procédés varient à l'infini; les instruments de verre sont probablement les plus anciens.

Dès 1876, Sims et Wylie¹ se servirent d'un tube en verre, uniquement pour drainer.

Fehling², un peu plus tard, employait un tube légèrement courbé et percé d'un grand nombre de petits trous.

Cleveland³ se sert du tube de Sims qu'il maintient dans l'utérus soit avec un anneau d'argent muni de pointes qui s'enfoncent dans les parois du col, soit avec un pessaire de Thomas.

En 1889, Duke⁴ de Dublin préconise l'usage d'un drain en acier formé par une tige roulée en spirale, dont l'extrémité inférieure est adoptée à un disque d'acier servant à le maintenir.

Gérard⁵ se sert d'un tube en aluminium auquel il a donné successivement plusieurs formes pour l'adapter à la courbure utérine.

¹ *American Journal of obst.*, 1892, p. 441.

² Cité par Vitrac.

³ *Am. Journ. of obst.*, 1892.

⁴ Duke, *British med. Journ.*, février 1889.

⁵ Gérard, *Gaz. gyn.*, octobre 1891, décembre 1892.

Le Dr Vitrac (thèse de Bordeaux) décrit en 1895 la tige dont se sert le Dr Lannelongue, fait une analyse détaillée du drainage (à laquelle nous nous sommes reporté plusieurs fois) et préconise la tige d'aluminium pour un grand nombre d'affections utérines ; nous y reviendrons plus loin.

CHAPITRE II

HISTORIQUE DU DRAINAGE UTÉRIN EN OBSTÉTRIQUE

La première idée de traiter la fièvre puerpérale par le drainage de l'utérus revient à Landeubuch ¹ qui, en 1872, ayant à soigner une accouchée qui présentait tous les symptômes de fièvre puerpérale, draina l'utérus, en se servant, pour cela, de la sonde de son irrigateur. Il coupa cette sonde en deux tubes qu'il introduisit dans l'utérus après aseptie. Ce drain improvisé fut assez bien toléré et demeura en place pendant quatre jours, au bout desquels la malade était rétablie. L'auteur rapporte un cas semblablement traité qui lui donna un plein succès, malgré un état général très grave qui se compliqua d'une angine. La malade conserva le drain pendant dix-neuf jours sans en être incommodée.

Mais Landenbuch ne publia ses résultats qu'en 1878, alors que Fritsch et Schédé avaient déjà relaté des cas semblablement traités.

En effet Fritsch ² en 1876 publia un long article sur le traitement de la fièvre puerpérale. Il cite deux cas où il eut de très bons résultats par l'emploi d'un drain

¹ *Zeitschrift für Geburtsholfe und Gynecologie*, 1878.

² *Sammlung klinischer Vorträge Gynecologie*, 1876.

de caoutchouc dans la fièvre puerpérale, mais il abandonna ce procédé pour celui des irrigations continues.

Schédé¹ reproche à Fritsch d'avoir abandonné le drainage, et, pour mieux faire voir les avantages de cette méthode, il cite plusieurs observations de cas traités ainsi par lui avec succès. D'ailleurs Schédé n'est pas très convaincu de la supériorité du drainage sur les irrigations continues, car il termine son article en disant qu'il importe peu d'employer telle ou telle méthode pourvu qu'on fasse l'antisepsie de l'utérus.

Weit² s'est montré le partisan le plus convaincu du drainage de l'utérus comme unique moyen de traitement de l'endométrite puerpérale. Il passe en revue tous les inconvénients des irrigations continues et conclut que ce peut être là une méthode d'hôpital et non de pratique. D'après lui, c'est au drainage qu'on doit avoir recours pour pouvoir nettoyer à fond et sans danger, la cavité utérine. Il décrit minutieusement son procédé et affirme que, dans 450 cas traités par le drainage, il n'a jamais eu d'accidents, tandis que dans 400 cas traités par les injections, 10 fois des phénomènes graves, quelquefois mortels, ont été signalés.

Bien peu d'auteurs suivirent l'exemple de Weit et, depuis son article, nous n'avons plus retrouvé de relations à ce sujet, dans les publications allemandes.

Nous devons toutefois rapprocher du drainage ainsi

¹ *Berliner klinische Wochenschrift*, 1877.

² *Berliner klinische Wochenschrift*, 1879.

conçu par les auteurs allemands la méthode de Milton du Caire¹ qui en 1891 décrit un tube en argent, bivalve, dont il fit usage pour traiter l'endométrite puerpérale. Il en eut, dit-il, d'excellents résultats, mais il ne rapporte qu'un petit nombre d'observations.

Bonnaire (thèse de Ransquins, Paris 1892) décrit son tube de caoutchouc, dont il prescrit l'emploi dans les métrites puerpérales, mais il ne rapporte aucune observation dans laquelle ce drain ait été employé.

Enfin, nous décrirons plus loin un drain nouveau, en forme d'anse, dont le Dr Plauchu s'est servi pour la première fois en 1897, alors qu'il était interne à la Charité et qui a donné d'excellents résultats dans les cas d'endométrites puerpérales, principalement post-abortives.

D'autres auteurs se sont servis, pour drainer l'utérus puerpéral non plus de drains, mais de gaze iodoformée.

En Amérique, Polk² appliqua sa méthode de drainage à la gaze dans plusieurs cas de métrite puerpérale.

Murray³ rapporte trois observations de métrites puerpérales accompagnées de lésions des annexes traitées par le drainage capillaire. D'après lui, « dans les grandes maternités, les femmes ayant eu des pyosalpinx traités antérieurement par le drainage ont rarement des complications ».

W. Sprigg⁴ emploie la méthode de Polk modifiée.

¹ Milton, *The Lancet*, octobre 1891.

² Polk, *loc. cit.*

³ Murray, *loc. cit.*

⁴ Sprigg, *Amer. J. of obst.*, 1892.

surtout dans les métrites d'origine puerpérale et même, dit-il, « s'en sert comme tamponnement préventif des métrites septiques ».

Fry¹ devant la Société d'obstétrique et de gynécologie de Washington se rattache à cette manière de faire.

Riddle Goffe traita quelques cas de métrite puerpérale par la gaze iodoformée, en remplissant de gaze l'utérus ainsi que le vagin.

En Russie, J.-M. Gouzartchik² devant la Société d'accouchement et de gynécologie de Saint-Pétersbourg (décembre 1895, février 1896) étudia la question du traitement des endométrites post-puerpérales, par le tamponnement intra-utérin. Ayant remarqué que le curetage et les lavages utérins sont fréquemment suivis d'accès de fièvre, de douleurs, etc... l'auteur a suivi, dans trente-cinq cas, la méthode de drainage à la gaze.

Deux ans plus tard, ce même auteur publia un article³ où il étudie plus en détail sa méthode, en publiant de nouveaux résultats. En effet, frappé des premiers succès obtenus en traitant les endométrites puerpérales par le drainage capillaire, il appliqua méthodiquement le même traitement dans 115 cas, sur lesquels il eut 114 guérisons. Nous ignorons si l'exemple de cet auteur fut suivi en Russie, car son article est le seul que nous ayons trouvé sur ce sujet.

En France, peu d'auteurs font du drainage à la gaze

¹ Fry, *Am. J. of obst.*, 1892.

² Gouzartchik, *Annales de gynécologie*, 1896, p. 404.

³ Gouzartchik, — — — 1898.

un traitement systématique de la métrite puerpérale, Il est de pratique courante de placer une mèche de gaze dans la cavité utérine après les diverses opérations (curetages ou irrigations) pratiquées dans l'utérus infecté, mais ce n'est là qu'un drainage provisoire, non institué dans un but thérapeutique.

Cependant, en 1886, devant l'Académie de médecine de Paris, Vuillet de Genève ¹ a décrit un procédé destiné à dilater et à drainer l'utérus dont il fait un traitement curateur de la métrite puerpérale simple ; mais ce procédé est dangereux et ne fut pas accepté des auteurs.

Leblond (thèse de H. Bouchard, Paris, 1897) cite un cas d'endométrite puerpéral traité par le drainage capillaire à la gaze et qui fut suivi de guérison, au bout d'un mois.

Lefour de Bordeaux fait du drainage capillaire à la gaze dans les métrites puerpérales.

Bonnaire (thèse de Grosjean, Paris 1899) préconise le tamponnement utérin, dans les cas d'avortement avec rétention placentaire ; comme moyen hémostatique et pour favoriser l'expulsion des débris placentaires.

A Lyon, la gaze iodoformée n'est pas employée comme moyen de drainage d'un utérus septique, on ne l'utilise que comme moyen d'hémostase dans les hémorragies après la délivrance ; nous en donnerons les raisons dans un autre chapitre.

¹ Vuillet, *Bull. Acad. med.* Paris, 1886.

DEUXIÈME PARTIE

ETUDE DU DRAINAGE UTERIN EN GYNECOLOGIE

Les gynécologues qui ont fait du drainage utérin sont, comme nous l'avons vu, en grand nombre, mais les procédés qu'ils ont employés n'ont pas tous la même valeur, et de nombreuses divergences existent entre leurs opinions à ce sujet; aussi, après avoir donné le tableau des principaux procédés de drainage utérin, nous en ferons la critique dans un second chapitre, puis, dans un troisième, nous donnerons les indications du drainage utérin tel que nous l'avons vu pratiquer dans les services gynécologiques de Lyon,

CHAPITRE PREMIER

PRINCIPALES MÉTHODES DE DRAINAGE UTÉRIN EMPLOYÉES EN GYNÉCOLOGIE

Après que Chassaignac eût démontré les effets avantageux du drainage dans les collections purulentes, il était très naturel qu'on songeât à appliquer la même méthode de traitement à la cavité utérine enflammée, que l'on peut considérer alors comme une poche purulente, dont la communication permanente avec l'extérieur sera la base de traitement. Mais de même que des instruments nombreux ont servi à drainer les collections purulentes, de même les drains utérins ont un catalogue très varié. Cependant, nous les ramènerons à trois formes : drains à la gaze, aux crins de Florence, drains tubaires.

1° Drainage à la gaze.

Dilater l'utérus par tel ou tel moyen, en faire l'asepsie suivant un procédé choisi, placer dans sa cavité une mèche de gaze plus ou moins épaisse, plus ou moins tassée, tel est le principe fondamental de toutes les méthodes du drainage utérin à la gaze, cependant

chaque auteur y ajoute quelques particularités de détails qui en font des procédés personnels.

1° *Procédé de Wylie.* — Wylie dilate l'utérus au colpeurynter et ne laisse la gaze que quelques heures; il renouvelle le drainage dans des séances éloignées;

2° *Procédé de Polk.* — Polk imbibe la gaze de sublimé à 1 pour 500, la mèche dépasse à peine le col et ne pend pas dans le vagin;

3° *Procédé de Murray.* — Murray n'introduit la mèche que dans la cavité cervicale, sans la pousser dans la cavité utérine, il ajoute le tamponnement du vagin;

4° *Procédé de Riddle-Goffe.* — L'auteur dose l'iodoforme de ses mèches et tasse la gaze plus spécialement au niveau des cornes. Il ajoute un tamponnement minutieux du vagin;

5° *Procédé de Fritsch.* — Fritsch introduit plusieurs lanières de gaze successivement, en les tassant dans la cavité utérine, comme s'il « plombait une dent » puis, quand il juge le nettoyage suffisant, il laisse définitivement une mèche iodoformée dans l'utérus;

6° *Procédé de Doléris.* — Doléris pratique un curage minutieux de l'utérus puis introduit dans sa cavité une mèche de gaze iodoformée enduite de glycérine créolinée.

7° *Procédé du Dr Piedallu.* — Le Dr Piedallu ne fait pas de curetage préalable, il draine à la gaze après une simple irrigation antiseptique;

8° *Procédé Labadie-Lagrave.* — L'auteur badigeonne la paroi utérine avec une solution cocaïnée, pour en faire l'anesthésie, avant d'introduire la mèche de gaze;

9° *Procédé de Leblond*. — Leblond pousse la gaze jusqu'au fond de l'utérus et la tasse de plus en plus à mesure qu'il se rapproche du col.

2° **Drainage aux crins de Florence.**

Deux seuls procédés de ce genre méritent d'être signalés : celui de Chéron et celui de Leblond.

1° *Procédé de Chéron*. — Chéron se sert d'un faisceau de 12 à 24 brins de crins de Florence, qu'il replie en forme de fer à cheval, dont les branches viennent se fixer dans un anneau spécial, qui s'adapte à l'orifice du col, et qu'est suffisamment fenêtré pour que les liquides utérins s'écoulent dans le vagin.

2° *Procédé de Leblond*. — Pour monter son drain, Leblond se sert de deux faisceaux de six brins, placés en croix et réunis ainsi l'un à l'autre par leur milieu. Il replie les quatre chefs l'un vers l'autre et les réunit tout près de leur extrémité. Il place le drain ainsi formé dans l'utérus au moyen d'une pince, et l'y maintient par un tamponnement vaginal.

3° **Drainage avec tube ou tige.**

Parmi les nombreux procédés où l'on a employé des tubes ou des tiges pour drainer la cavité utérine, bien peu présentent un intérêt pratique qui permette de les employer ; nous citerons seulement les principaux.

1° *Drains rectilignes*. — Wylie se sert d'un tube rectiligne, en caoutchouc durci, portant des cannelures

sur ses parois latérales. Il le maintient dans l'utérus par un tamponnement vaginal.

Bonnaire emploie un tube en caoutchouc malléable, de 2 centimètres de diamètre, dont la paroi est assez épaisse et percée de nombreux orifices. Il pousse le drain jusqu'au fond de la cavité utérine et lui fait dépasser l'orifice du col de 1 centimètre environ. Puis il fait un tamponnement vaginal pour maintenir le drain

2° *Drain en croix*. — Ahfeld de Gand draine l'utérus au moyen de gros tubes rectilignes dont l'extrémité supérieure est disposée en forme de croix. Une fois le drain en place, l'auteur fait plonger l'extrémité inférieure du drain dans un flacon d'eau à 1 millième de sublimé pour désinfecter les liquides qui s'écoulent.

3° *Drain à ailettes*. — Verchère emploie un drain de caoutchouc rouge de 12 centimètres de long qui porte vers son tiers supérieur un renflement en forme d'ailettes, destiné à maintenir le tube en place.

4° *Drain à disque denté*. — Gérard se sert d'un tube en aluminium qu'il fixe sur un disque denté, dont les pointes en s'enfonçant dans la paroi du col, concourent à son maintien.

5° *Tige d'aluminium du professeur Lannelongue*. — Lannelongue draine la cavité utérine au moyen d'un drain composé de plusieurs parties :

Une tige d'aluminium montée sur un disque de caoutchouc.

La tige d'aluminium est longue de 5 cm. 50, et présente, dans le sens de sa longueur, quatre cannelures séparées par quatre arêtes mousses. Le poids de la tige n'est que de 3 grammes et l'aluminium a l'avant-

tage de ne pas s'oxyder. Lefour attachait sa tige au col au moyen de fils passés dans la paroi du col. Lannelongue a remplacé ce procédé de maintien par le disque de Courtin : c'est un disque de caoutchouc rouge, percé au centre d'un orifice dans lequel s'adapte la tige et portant à son pourtour d'autres trous destinés à favoriser l'écoulement des liquides sécrétés. L'utérus est dilaté préalablement et la tige est introduite au moyen d'une pince fixée sur le disque de caoutchouc.

CHAPITRE II

ÉTUDE CRITIQUE DES PROCÉDÉS DE DRAINAGE UTÉRIN

Nous n'avons pas l'intention d'analyser un à un les procédés de chaque auteur pour en faire ressortir les avantages ou les inconvénients; nous réunissons tous ces procédés sous trois formes (gaze, crins de Florence, drains) et nous ferons une critique d'ensemble de chacune, critique qui ressortira, pour la plus grande part, de l'étude qu'en ont fait les auteurs eux-mêmes.

1° **Drainage à la gaze.**

Le procédé qui prête le plus à la critique est celui où la cavité utérine est bourrée de gaze (Wylie, Riddle Goffe, Labadie-Lagrave, Leblond, etc.).

En effet cette méthode, comme nous l'avons vu, nécessite une dilatation de l'utérus quelquefois considérable, qui n'est pas, comme on le sait, sans danger (dilatation en une seule séance) ou sans inconvénients (dilatations successives) (Leblond).

Le drainage dans ces cas n'est qu'illusoire; en effet, la gaze comprimée perd sa propriété de capillarité et devient un véritable bouchon qui facilite plutôt la rétention (Wylie), comme plusieurs auteurs l'ont

signalé, et qui se manifeste par une élévation de température qui cesse dès qu'on a enlevé la gaze (Polk).

En outre, la présence de ce corps étranger dans l'utérus provoque des contractions utérines qui, si elles n'aboutissent pas à l'expulsion du drain (Riddle Goffe), deviennent très douloureuses (Polk) et obligent même l'opérateur à cesser le drainage (Fritsch).

Les bons effets de ce procédé ont surtout été signalés quand on l'utilisait pour décongestionner les annexes ou provoquer une débâcle d'un pyosalpinx ; or ces résultats disparaissent devant ceux qu'on obtient journellement à la clinique gynécologique de Lyon, par la columnisation du vagin, au moyen de tampons glycerinés ; dont les avantages d'ailleurs ont été mis en lumière par M. Condamin¹.

La seule action que l'on puisse rechercher au moyen du drainage ainsi conçu est l'hémostase soit dans la métrite hémorragique, soit après les opérations sanglantes pratiquées dans l'utérus ; et encore, ne doit-on laisser la gaze que quelques heures, sous peine de voir survenir les accidents mentionnés plus haut.

Tous ces inconvénients que nous venons de passer en revue disparaissent si l'on envisage le procédé qui consiste à n'introduire dans l'utérus qu'une simple mèche de gaze, non tassée, et dont l'extrémité inférieure pend dans le vagin (Polk, Murray, Doléris, etc.).

En effet, la capillarité de la gaze reprend ses droits et les liquides utérins, filant le long des fils qui composent la gaze, viennent mouiller la portion vaginale

¹ Condamin, *Mercredi médical*, 1894, p. 273.

du drain et même l'opérateur est ainsi averti du bon fonctionnement du drainage et du moment où il doit retirer la mèche. Mais, ainsi pratiqué, le drainage ne peut pas être considéré comme un moyen curateur d'affections utérines ou périutérines comme le veut par exemple le D^r Pédallu; en effet, l'on ne conçoit pas que la gaze ait une influence bien avantageuse sur la muqueuse utérine, dans les métrites, et la mèche de gaze, se moulant sur les parois utérines, n'est guère apte à redresser les coudures dans les flexions utérines prononcées.

Aussi le drainage à la gaze n'a d'utilité que dans un utérus non déformé et après une opération plus radicale (curetage, cautérisation etc.). C'est d'ailleurs l'opinion du D^r Pozzi qui s'exprime¹ ainsi : « Ce procédé a pour but à la fois le nettoyage et le drainage de la cavité utérine. Je crois ce moyen beaucoup moins actif qu'un simple curetage suivi de cautérisation et je réserve, pour ma part, le tamponnement utérin au cas où une désinfection énergique est nécessaire ; je l'emploie aussi comme moyen hémostatique. »

2^o Drainage aux crins de Florence.

Cette méthode, bien que un peu compliquée, n'est guère utilisée ; c'est que les résultats obtenus ainsi ne sont pas très heureux ; ainsi Leblond sur 14 cas de métrite n'a eu que 5 guérisons. En effet, les crins se laissent tasser les uns sur les autres par la contraction

¹ Pozzi, *Traité de Gynécologie*.

utérine, et l'ensemble forme plutôt une tige qu'un drain; en outre, les sécrétions sont arrêtées par les brins, et la rétention n'est pas longue à se produire. Enfin ce mode de drainage ne permet pas, comme il pourrait sembler, la pratique des irrigations intrautérines qui sont très souvent nécessaires pour laver la muqueuse dans les cas de métrite.

3^e **Drainage avec tubes ou tiges.**

On doit être étonné que la pratique du drainage utérin, au moyen de tubes, quand l'utérus contient du pus, ne soit pas aussi répandue que le drainage de tout autre cavité purulente; alors que les indications de favoriser l'écoulement du pus et de maintenir la béance de l'orifice de sortie sont les mêmes dans les deux cas. A notre avis, cette différence tient surtout à la plus grande difficulté de faire une contention du drain intra-utérin.

Ou bien le drain est maintenu en-place par un tamponnement vaginal (Wylie, Bonnaire, etc...), mais c'est un mauvais procédé, parce que le tampon retient au-dessus de lui les liquides qui devraient sortir du drain; mais ne trouvant pas d'issue, ces liquides se collectent dans la cavité utérine elle-même, autour du tube. En outre, les tampons vaginaux provoquent des contractions utérines quelquefois très douloureuses ou aboutissant au déplacement du drain.

Ou bien le drain est construit dans le but d'être maintenu en place par sa propre forme. Les inconvé-

nients précédents disparaissent, mais le mode de contention est souvent défectueux.

Nous ne parlons pas de la tige employée par Lefour, et suturée par lui à la paroi du col ; c'est imposer au col un traumatisme inutile ; de même, le drain de Gérard, avec son disque à pointes pénétrant le col, nous semble dangereux, car on peut craindre des déchirures et des réinoculations sur place. Quant aux drains en croix et à ailettes, outre qu'ils blessent incessamment la muqueuse utérine par leurs points saillants, une force moins grande que la contraction utérine peut suffire à les écraser et à les réduire à l'état de simple tube rectiligne.

Le drain de Lannelongue échapperait à toute critique s'il n'était pas d'une confection si compliquée et si l'on était assuré d'éviter la rétention signalée dans plusieurs cas où il fut employé. Si les résultats que son auteur a obtenus sont excellents, cela s'explique aisément par la surveillance de chaque instant, qui existe dans les hôpitaux ; avantage qui disparaît le plus souvent dans la pratique privée, que nous avons surtout en vue dans cet ouvrage.

CHAPITRE III

INDICATIONS DU DRAINAGE UTÉRIN EN GYNÉCOLOGIE

Toutes les affections utérines ou périutérines ont été traitées par le drainage de l'utérus : Wylie drainait surtout dans les déviations utérines ; Polk dans les métrites chroniques avec lésions des annexes, Murray surtout dans les métrites simples ; Riddle Goffe dans les sténoses spasmodiques du col chez les jeunes filles et la dysménorrhée accompagnée d'ovarite, jamais dans les salpingites ; Strong, dans tous les cas aigus ; d'après lui « les cas chroniques avec salpingite et adhérences ne doivent pas laisser espérer de succès ». Fritsch, dans la métrite blennorragique ; Doléris, dans les inflammations pelviennes invétérées ; Labadie Lagrave, dans la métrite hémorragique ou purulente ; Leblond, dans la métrite avec ou sans salpingite ; Bonnaire, dans les endométrites du col, les déviations, les salpingites aiguës ou chroniques, les atrésies spasmodiques du col ; Lannelongue, dans les endométrites avec ou sans périmérite, les déviations, etc.

Cependant, nous ne pensons pas que le drainage utérin soit nécessaire dans tous ces cas.

De toutes les affections portant sur l'utérus ou sur

ses annexes, ces dernières doivent être éliminées du cadre de nos indications au drainage. En effet, ou bien la malade se présente avec des symptômes d'une infection aiguë grave (température élevée, vastes collections purulentes, etc...) qui obligent le chirurgien à intervenir par une opération sanglante (ouverture de l'abcès, hystérectomie, etc...) ou bien la marche subaiguë ou chronique de l'affection permet au gynécologue d'entreprendre un traitement prolongé et, dans ce cas, c'est à la columnisation du vagin, aux tampons glycélinés que l'on doit avoir recours; en effet, par la glycérine qui les imbibe, les tampons ont une action décongestivante très active sur les organes du petit bassin; en outre, ils soutiennent l'utérus et l'immobilisent, calmant ainsi les douleurs souvent violentes de ces sortes d'affections.

C'est encore à la columnisation vaginale que l'on doit avoir recours, dans les déviations ou flexions de l'utérus, dues à des rétractions des ligaments; les tampons font, dans ce cas, un massage continu de ces ligaments et arrivent même dans des rétractions très prononcées, à allonger ces ligaments et à détruire les brides cicatricielles; si, entre les séances de columnisation, on ajoute le massage digital de ses ligaments, on peut arriver à des résultats vraiment merveilleux.

Le cadre des indications au drainage est, de ce fait, bien restreint; nous le croyons une bonne méthode : 1° après opération sur l'utérus; 2° dans certain cas, d'une bénignité relative, vis-à-vis de l'infection.

1° Après diverses opérations ayant porté sur la muqueuse utérine (curetage, cautérisation au chlorure de zinc ou à la teinture d'iode, etc.), ou après l'énucléation

d'un fibrome ; alors que la cavité utérine étant désinfectée par ses opérations, ne donne plus que du sang ou des sécrétions séreuses. C'est alors que le drainage capillaire à la gaze est indiqué (Laroyenne, Condamin, Vincent, Goullioud). Pour cela, on emploie une simple mèche de gaze iodoformée, longue de 30 centimètres environ, qu'on introduit dans l'utérus au moyen d'une simple pince, à long mors, sans tasser la cavité ; la mèche pend dans le vagin sans y être comprimée.

Quelquefois cependant M. Condamin remplace la gaze par un drain, mais dans un cas bien déterminé : lorsque, après une opération sur la paroi utérine (curetage, cautérisation au chlorure de zinc), l'utérus a tendance à se mettre en mauvaise position, il veut conserver la dilatation de la cavité. Pour cela, il place dans sa cavité un drain ordinaire de caoutchouc, qu'il plie en forme d'U, dont le fond est dirigé vers le fond utérin et dont les branches pendent dans le vagin. On peut, d'un coup de ciseau, régler la longueur convenable des branches. Ce drain tient bien en place, et les effets que l'on cherche sur les flexions utérines sont le plus souvent obtenus.

Nous rapprocherons de ce drain celui que nous décrirons plus loin sous le nom de drain en anse.

Bien qu'il n'ait pas été employé dans cet ordre de faits, il n'en correspond pas moins aux mêmes indications et se recommande par sa commodité.

2° Dans certains cas enfin, le drainage, agissant pour son propre compte, peut être indiqué comme moyen thérapeutique de certaines affections ; nous devons à M. Goullioud de pouvoir préciser ces cas.

1° Chez des filles vierges ayant dépassé l'âge ordinaire du mariage et présentant de la dysménorrhée, une mèche de gaze introduite dans l'utérus et laissée une huitaine de jours donne de bons résultats. De même dans les flexions utérines des jeunes filles, sans lésions annexielles, résultant d'une exagération de la courbure physiologique de l'utérus.

2° Chez les femmes mariées depuis deux ou trois ans, qui n'ont pas d'enfant, une mèche de gaze est laissée pendant quelques jours et, dans plusieurs cas, on a vu des grossesses survenir.

3° Chez les femmes qui ont des rétentions utérines, plus ou moins complètes, soit par une petite gêne du canal cervical (hypertrophie du pilastre antérieur de l'arbre de vie, obstruction par un petit polype muqueux, par un cancer du col, quand il est inopérable.)

4° Dans la métrite sénile des vieilles femmes ; dans ce cas aussi, des bourgeons fongueux bouchent le canal cervical et la gaze rend, en partie, la lumière du col.

TROISIÈME PARTIE

DU DRAINAGE UTÉRIN EN OBSTÉTRIQUE

En plaçant dans la cavité utérine un corps capable de conduire au dehors les produits infectés contenus dans cette cavité, les accoucheurs, de même que les gynécologues, n'ont fait qu'appliquer à l'utérus les principes de traitement formulés par Chassaignac pour les autres cavités suppurantes. Cette pratique devait d'autant mieux plaire aux auteurs que la découverte par Pasteur du germe septique démontrait que le point de départ de la fièvre puerpérale est l'utérus, et que le traitement local devient le plus efficace.

Ces idées ont fait naître deux méthodes de désinfection utérine : celle des injections intra-utérine, qui, par sa rapide extension, a fait oublier la suivante, celle du drainage utérin.

Or, nous nous proposons de montrer que cette méthode, peut être utile, non pas dans la pratique ordinaire de désinfection utérine, mais pour certaines conditions spéciales de traitement que nous allons déterminer. Dans ce but, nous décrirons dans un premier chapitre les procédés de drainage utérin qui ont été

utilisés en obstétrique; dans un deuxième chapitre, nous ferons l'étude critique de ces méthodes; enfin, dans un troisième chapitre, nous formulerons nos opinions à ce sujet, et nous donnerons les indications du drainage utérin, tel que nous le concevons.

.

CHAPITRE PREMIER

MÉTHODE DU DRAINAGE EN OBSTÉTRIQUE

Contrairement à ce que nous avons vu en gynécologie, peu d'auteurs ont étudié le drainage de l'utérus puerpéral. Cependant, nous devons les distinguer en deux classes : 1° ceux qui ont drainé l'utérus à la gaze ; 2° ceux qui l'ont drainé avec des tubes.

1° Drainage à la gaze.

Nous avons décrit au chapitre de gynécologie les procédés de Polk, Murray, Riddle Goffe; ces auteurs ont aussi traité par leur méthode l'endométrite puerpérale, mais seulement dans quelques cas isolés, sans en faire un principe de traitement obstétrical ; Sprigg, au contraire, ne draine à la gaze que dans l'endométrite puerpérale.

1° Procédé de Sprigg. — Sprigg se sert de lanières de gaze, qu'il pousse jusqu'au fond de l'utérus ; il laisse le bout inférieur dépasser un peu l'orifice du col dans le vagin, puis il place sur la vulve un tampon antiseptique qu'il maintient par un bandage en T.

2° Procédé de Gouzartchick. — La malade étant

placée sur une table, les jambes sur les genoux de l'opérateur, celui-ci fait des injections vaginales au sublimé, puis il fixe le col par une pince, nettoie le canal cervical avec des tampons trempés dans du sublimé à 1/200. D'autres tampons sont introduits dans la cavité interne jusqu'à ce qu'elle soit sèche. Alors, il introduit dans l'utérus un tampon au sublimé à 1/1000 qu'il laisse quelque temps pour désinfecter la muqueuse, il l'enlève ensuite et c'est alors qu'il a recours à la gaze iodoformée trempée dans une solution d'acide phénique à 2/100 et bien exprimée. Il pousse la gaze jusqu'au fond de l'utérus, ce dont il se rend compte par le palper abdominal. Dans le vagin, il place un tampon et renouvelle le tout chaque jour, jusqu'à disparition des phénomènes d'endométrite.

2^o **Drainage avec tube.**

Comme nous l'avons vu au chapitre d'historique, c'est en Allemagne que ce procédé a pris naissance et a été le mieux étudié par Landenbuch, Fritsch, Weit et Schédé; ces auteurs emploient des procédés différents :

1^o *Procédé de Landenbuch.* — Landenbuch se sert de deux tubes de caoutchouc un peu durs, long de 6 centimètres, largement fenêtrés : pour les introduire, il aît l'asepsie des voies génitales, place un spéculum de Sims dans le vagin, saisit les deux tubes avec un « écraseur à plomb » et les enfonce ainsi, côte à côte dans la cavité utérine, en les maintenant en place pendant quelques minutes pour lutter contre la contraction

utérine. Puis, il fait des lavages dans l'intérieur d'un des tubes et les liquides ressortent par l'autre.

2^o *Procédé de Fritsch.* — Le drain de Fritsch se compose d'un tube en caoutchouc long de 20 centimètres, épais comme le doigt, ayant à la partie supérieure un renflement de 8 centimètres percé de trous. Après dilatation et antisepsie de la cavité, il enfonce son drain dans la cavité utérine, puis il place dans le cul-de-sac postérieur un autre drain de même calibre, dans lequel il fait des injections.

3^o *Procédé de Schédé.* — Schédé se sert d'une sonde en gomme de 1 cm. 5 de diamètre et de 5 centimètres de longueur, percée de nombreux trous espacés, et maintenu dans la cavité utérine par un tamponnement vaginal.

Il traita ainsi deux accouchées à terme, atteintes de fièvre puerpérale : la première fut guérie au bout de six jours ; la seconde, dont la métrite puerpérale fut rapidement amandée, dut rester plusieurs mois à l'hôpital, par suite d'une anémie très prononcée et dont la guérison fut complète. Il fut moins heureux dans deux autres cas où les malades furent emportées en quelques heures par la généralisation de l'infection septique.

4^o *Procédé de Weit.* — Weit emploie un simple tube de verre un peu plus long que celui d'Hildebrandt, maintenu par un bandage en T à la vulve. Dans le vagin, il place un drain de caoutchouc qui lui sert à faire des injections sans avoir besoin d'introduire quoi que ce soit dans le vagin.

5^o *Procédé de Milton du Caire.* — Le drain de Milton est un tube en argent, bivalve. L'appareil consiste

en tubes, de différents calibres ressemblant, quant à leur forme, à une canule pour trachéotomie, mais avec une courbure différente pour s'adapter à celle de l'utérus ; les valves sont adaptées à un plateau d'argent dont les bords sont concaves pour recevoir les lèvres du col. Les valves sont divergentes et leur force d'écartement doit être suffisante pour assurer le maintien des drains dans l'utérus.

Pour introduire le drain, l'auteur le saisit avec une pince dont les mors, passant par des orifices spéciaux du disque, viennent resserrer les valves, puis le tout est introduit dans la cavité utérine ; on retire ensuite la pince et les valves s'écartent l'une de l'autre.

Milton laisse son drain ainsi placé, de six à quinze jours.

6° *Procédé de Bonnaire.* — Bonnaire prescrit l'emploi de son tube (décrit plus haut) dans les métrites puerpérales, mais il ne cite aucun cas où sa méthode ait été employée en obstétrique.

CHAPITRE II

CRITIQUE DES PROCÉDÉS DE DRAINAGE UTÉRIN EMPLOYÉS EN OBSTÉTRIQUE

1^o Drainage à la gaze

Le drainage à la gaze est une méthode que nous devons proscrire, en premier lieu, du traitement des endométrites puerpérales.

Nous avons vu, au chapitre de gynécologie, les inconvénients de la gaze à ce sujet ; ils se retrouvent les mêmes en obstétrique, mais en outre ils sont ici beaucoup plus dangereux, puisque, dans la fièvre puerpérale, il s'agit d'une maladie éminemment infectieuse, où les milieux de cultures sont abondants (lochies, sang, débris placentaires ou membraneux), favorisent, et par leur alcalinité et l'absence d'oxygène la pullulation microbienne et doivent, par conséquent, être extériorisés à mesure de leur formation. Or, la gaze peut bien drainer des liquides clairs et diffluent, mais non les sécrétions boueuses de la métrite septique, et la rétention sera la règle, à moins que, comme Gouzartchick paraît le faire, on ait toujours les yeux sur la courbe thermométrique de la malade, ce qui n'est pas praticable en tous lieux.

2^o **Drains tubaires.**

Pozzi ¹, étudiant le drainage tel que l'ont pratiqué les auteurs allemands, dit ceci : « L'évacuation des mucosités par le drainage est illusoire, elles sont trop épaisses pour les orifices du tube ; celui-ci, du reste, tient difficilement en place. C'est une bien mauvaise pratique, par laquelle, loin de désinfecter la cavité utérine, on peut au contraire rapidement l'infecter. » Cependant Pozzi préconise le drain en croix : « Le drain en croix, dit-il, est plus commode à introduire et à maintenir, comme aussi il est plus facilement toléré, son usage peut rendre de grands services lorsqu'il existe dans l'utérus une source permanente d'infection comme des débris de membrane fœtale ayant résisté au curetage. Au besoin, ce drainage peut précéder l'irrigation continue et, en tous cas, faciliter considérablement l'issue des liquides sécrétés et l'administration d'injections intra-utérines fréquentes. »

Tarnier ², après avoir cité la méthode de drainage des Allemands ajoute ceci : « Le drainage n'a été que peu employé, pourquoi ? on ne se l'explique guère, cependant on peut admettre que les critiques de Fritsch contre le drainage utérin ont eu une influence contraire à sa vulgarisation ; quoi qu'il en soit, on n'a plus recours aujourd'hui au drainage utérin dans le sens où l'entendaient les accoucheurs allemands. »

¹ Pozzi, *Traité de Gynécologie*, 1901.

² Tarnier, *De l'asepsie et antiseptie obstétricale*.

Cela, croyons-nous, tient à deux causes principales :

1° On n'a pas su drainer à propos ;

2° Les drains dont on s'est servi sont défectueux.

1° Nous verrons, au chapitre suivant, que les cas où le drainage utérin est indiqué sont très précis ; alors que les auteurs ont drainé dans tous les cas de fièvre puerpérale. C'est ainsi que Schédé a drainé deux accouchées dont la fièvre puerpérale était généralisée à tout l'organisme et qui mouraient en quelques jours. Weit draine même avant que la fièvre puerpérale soit déclarée, il divise ses cas en trois catégories ; la première comprend les cas récents datant de vingt-quatre heures ; la deuxième, les cas où l'on doit faire du drainage préventif, ex. : diphtérie de la vulve, car « il vaut mieux drainer trop tôt que trop tard », la troisième catégorie comprend les cas tardifs ; c'est-à-dire, en somme, tous les cas de fièvre puerpérale.

Or nous verrons plus loin qu'on doit faire un départ entre les cas susceptibles du drainage et ceux qui ne le sont pas.

2° Les drains qu'on a employés jusqu'ici sont tous défectueux.

Les drains droits, uniques ou en canon de pistolet (Landenbuch) tiennent difficilement d'eux-mêmes dans la cavité utérine, d'autant moins que la contraction utérine tend à les chasser à chaque instant, c'est ce qui est arrivé plusieurs fois à cet auteur. Fritsch, accuse son drain de se ramollir sous l'influence de la chaleur, de tenir difficilement en place et d'être bouché par les sécrétions utérines.

Si, d'autre part, on fait un tamponnement utérin pour maintenir le drain, il se fait de la rétention au-dessus des tampons, et la contraction utérine, activée par leur présence augmente les douleurs et tend à chasser le drain (Schédé).

Le drain de verre (Weit) peut, par sa rupture amener des désordres très graves, faciles à concevoir, il en est de même de tous les drains en substance dure (ébonite, métal, etc.,) qui blessent la paroi utérine et favorisent les réinoculations sur place. C'est en cela que le drain de Milton est défectueux et, en outre à cause de sa complexité.

Le drain en croix proposé par Pozzi ne nous semble pas exempt de ces reproches, car les bras de la croix doivent nécessairement blesser la muqueuse et, de plus la contraction utérine s'exerçant sur eux les rapproche du tube et font de l'instrument un simple drain rectiligne dont le maintien est rendu incertain.

Ainsi s'expliquent les reproches que Fritsch adresse au drainage utérin et qu'il résume ainsi : « Le drain ne tient pas, il se laisse ramollir par la chaleur, il se laisse facilement boucher par les mucosités. »

Cependant nous ne pensons pas que le drainage utérin doive être complètement abandonné en obstétrique, et nous croyons qu'un drainage fait avec un instrument approprié, suivant des indications bien déterminées, peut rendre de réels services à l'accoucheur.

CHAPITRE III

INDICATIONS DU DRAINAGE UTÉRIN EN OBSTÉTRIQUE

Nous venons de voir que les divers auteurs qui ont employé le drainage en obstétrique l'appliquaient au hasard dans toute infection puerpérale. Les trois catégories formulées par Weit (cas récents, cas tardifs, cas de prévention) ne correspondent pas à des formes cliniques. En un mot, il est nécessaire de formuler des indications précises à ce sujet.

Pour cela, nous distinguerons d'abord deux cas cliniques où l'infection puerpérale peut se présenter :

- 1^o Chez une femme après un accouchement à terme ;
- 2^o Chez une femme après un avortement. Cette distinction, facile à concevoir, ressortira clairement des considérations qui vont suivre.

1^o Endométrite puerpérale après accouchement à terme.

a) Quelquefois il arrive que l'infection puerpérale se révèle d'emblée par des symptômes généraux d'une telle gravité que l'infection utérine passe au second plan. C'est à la septicémie généralisée que le traitement doit s'adresser si l'évolution de la maladie le permet, et la

désinfection locale est un traitement adjuvant. Dans ce cas, l'on doit avoir recours le plus promptement possible aux méthodes qui s'adressent à l'infection généralisée, parmi lesquelles nous citerons celle des abcès de fixation, préconisée par le P^r Fochier.

Ces abcès localisent en un point choisi par l'opérateur le processus inflammatoire généralisé. Cette méthode a donné d'excellents résultats dans des cas souvent désespérés.

b) Le plus souvent l'infection septique se manifeste avec une allure moins tourmentée, l'infection reste localisée à l'utérus et les phénomènes généraux sont sous la dépendance de cette inflammation locale. Envisageons le cas où la fièvre se déclare de suite après l'accouchement : le soir ou le lendemain la malade a un grand frisson, une céphalée intense, une élévation brusque de la température, les lochies deviennent fétides puis purulentes, cependant l'état général est assez bon : le traitement local s'impose.

Mais alors la cavité utérine est très dilatée, le canal cervico-utérin est très ouvert ; l'utérus est bien en antéflexion sur le col, mais l'orifice interne est béant, donc la rétention des produits septiques n'est pas à craindre et le drainage, qui aurait pour objectif cette rétention, n'est pas indiqué. Il est préférable, dans ce cas, de recourir aux injections intra-utérines qui sont plutôt destinées à porter un antiseptique (sublimé) augmentant la réaction de défense de la muqueuse vis-à-vis des germes pathogènes qu'à évacuer les produits de sécrétion.

c) Il en est un peu autrement si l'infection se déclare

tardivement, plusieurs jours après l'accouchement. alors que l'utérus a repris des dimensions plus restreintes et que, de ce fait, la rétention du pus est possible et doit être activement combattue ; nous rentrons alors dans la catégorie des cas à traiter par le drainage, et il suffit de consulter nos observations (I, IV, V, VII) pour voir les bons effets qu'on peut retirer de cette méthode.

2° La malade est atteinte de fièvre puerpérale après un avortement. Elle se présente souvent au praticien dans les conditions suivantes : elle a eu quelques jours auparavant une hémorragie assez abondante qui contenait de gros caillots, puis ses pertes sont devenues sanieuses, fétides, puis purulentes ; en même temps la température est montée à 39 degrés, et la malade a pris des nausées, de la céphalée, des vomissements, des douleurs abdominales, etc. On l'examine et l'on trouve dans la cavité utérine des débris fœtaux (placentaires ou membraneux) ou des caillots en voie de suppuration. On pratique la délivrance artificielle. Souvent cette opération suffit. Dans d'autres cas, la muqueuse s'infecte et suppure, alors l'ascension thermique reprend et monte jusqu'aux environs de 40 degrés et les symptômes généraux sont plus alarmants. Si, à ce moment, l'on introduit une sonde intra-utérine dilatatrice, on aperçoit, au moment où l'on écarte les branches, un flot de pus s'écouler, indiquant bien qu'il y a eu rétention.

Cette rétention s'explique aisément : l'orifice interne du col rétrocede rapidement, après un avortement et revient sur lui-même ; de plus, il se produit des

flexions du corps sur le col, déterminant, en arrière du point fléchi une cavité absolument close.

Le traitement, dans ce cas, devra donc s'adresser uniquement à la rétention, c'est-à-dire maintenir la béance du col et s'opposer à la flexion utérine : c'est là le cas type des indications du drainage.

Nous avons vu précédemment que peu de drains étaient capables de satisfaire, sans d'autres inconvénients, à ces desiderata. C'est pourquoi nous sommes heureux, de pouvoir, comme nous allons le faire maintenant, présenter un drain qui corresponde aux indications que nous avons formulées.

PARTIE COMPLÉMENTAIRE

DRAIN EN ANSE

C'est en 1897 que le Dr Plauchu, alors interne à la Charité de Lyon, eut l'idée de combattre les rétentions utérines par le drainage permanent de cette cavité. Après plusieurs essais, il s'est arrêté à une forme de drain que nous allons décrire, en donnant la manière de l'introduire, puis nous mentionnerons ses avantages, nous résumerons les cas où son emploi est indiqué, et enfin nous présenterons quelques observations relatives à ce sujet.

1^o Description du drain.

La meilleure description d'un instrument ne vaut pas sa représentation par le dessin ; c'est pourquoi nous avons jugé utile de publier à la fin de cet ouvrage trois planches représentant, la première le drain tel qu'il se présente à la vue, la deuxième le drain en coupe, la troisième le drain placé dans la cavité utérine pour montrer la façon dont il tient et dont il se comporte vis-à-vis des injections. Dans notre description, nous suivrons le même ordre.

Vu extérieurement, c'est un simple tube de caout-

chouc rouge, dont le diamètre variable d'ailleurs suivant le volume de l'utérus et le calibre du col (il en existe plusieurs modèles de différents calibres), est en moyenne de 1 centimètre, l'épaisseur des parois 2 millimètres et présentant une longueur totale de 40 centimètres. Il est recourbé en forme d'anse, dont l'une des branches est trois fois plus courte que l'autre ; ces deux branches sont soudées l'une à l'autre, par un procédé quelconque, sur une hauteur de 7 centimètres. Ainsi formé, le drain présente trois parties principales : une partie supérieure formée par l'anse proprement dite ; une partie moyenne résultant de l'accolement des deux branches ; une partie inférieure formée uniquement par la grande branche.

L'anse mesure 5 centimètres de hauteur et 4 centimètres de largeur ; à ce niveau, le tube est largement fenêtré ; tandis que dans la portion moyenne, une seule ouverture losangique, assez grande, est pratiquée sur la petite branche à son tiers supérieur ; les deux branches, en s'accolant, déterminent deux gouttières, l'une antérieure, l'autre postérieure.

Le tube unique qui forme la troisième partie du drain ne porte aucune ouverture sur ses parois ; il mesure environ 15 centimètres de longueur calculée de telle façon que le drain étant en place, l'extrémité sorte de la vulve de 1 ou 2 centimètres.

Vu en coupe longitudinale, le drain présente, sur la petite branche un peu au-dessus de l'orifice losangique, un disque de caoutchouc qui obture complètement sa lumière (pl. II).

Tous ces détails de construction trouvent leur expli-

cation, lorsque le drain est placé dans la cavité utérine (Planche III).

On voit que l'anse du drain se moule sur la paroi utérine, en ne lui offrant que des surfaces arrondies ; on peut se rendre compte également du bon fonctionnement de ses orifices. La portion moyenne s'adapte à la moitié cervicale et assure le maintien du drain, tandis que le tube unique pend dans le vagin.

Si l'on pousse une injection dans la lumière du tube, on comprend aisément l'action du disque obturateur et de la fenêtre losangique : le courant du liquide suit la paroi du tube, passe dans l'anse et vient butter contre le disque obturateur qui empêche ainsi la plus grande partie du liquide de s'échapper par la petite branche sans avoir passé dans la cavité utérine. D'autre part le liquide de retour trouve, dans la fenêtre losangique, une porte de sortie largement ouverte ; ce retour est de plus facilité par les gouttières antérieures et postérieures signalées plus haut, si bien que les liquides injectés dans la cavité utérine n'ont jamais une tension élevée.

2° Mode d'emploi.

L'introduction du drain dans la cavité utérine est des plus simples ; une pince à longs mors suffit comme instrumentation. Après avoir désinfecté le vagin, on saisit le drain avec la pince dont les mors applatissent la courbure de l'anse et on l'introduit ainsi dans la cavité utérine en se guidant sur les doigts et, au besoin, en retenant la lèvre du col dans une pince d'Hégar jusqu'à ce que la partie renflée de l'anse corres-

ponde à la cavité du corps. A mesure qu'on retire la pince, l'anse du drain reprend sa forme, s'adapte à la paroi utérine et maintient le drain en place. Pour faire les irrigations, il suffit d'introduire le bout d'une sonde dans l'orifice du tube vaginal assez long pour pouvoir sortir de la vulve de 1 à 2 centimètres. Après l'irrigation cette branche vaginale est tout entière refoulée dans le vagin ou bien laissée à la vulve et recouverte par un tampon de coton aseptique.

3° **Avantages du drain en anse.**

Les avantages du drain que nous venons de décrire sont de deux ordres : les uns sont attribuables à tout bon drainage utérin, les autres sont inhérents à ses qualités propres.

1° *Avantages d'un bon drainage.* — a) Dilatation de l'orifice utérin : la cavité utérine infectée doit être considérée comme une poche purulente, comme un abcès chaud, dont l'ouverture large à l'extérieur est le point principal de traitement ; c'est à cette première nécessité que répond le drainage utérin, qui agit alors comme un dilatateur : « A l'élasticité des muscles, dit Bonnaire, le caoutchouc oppose la sienne ; il agit progressivement et uniformément, use la tonicité du muscle et vient même à bout de cette tonicité lorsqu'elle est en excès. »

b) Action du drain comme vecteur au dehors des produits de sécrétion : les exsudats se renouvellent sans cesse dans la cavité utérine et sont un milieu de culture choisi pour les microbes. Aussi le drain qui

favorise la sortie de ces liquides à mesure de leur formation, enlève à l'infection ses principaux éléments.

c) Enfin, le drain agit en redressant les courbures anormales dans les anté ou rétroflexions, et peut corriger les orientations anormales de l'utérus en prenant un point d'appui convenable dans le vagin.

Ces avantages décrits par les auteurs¹ ne se rencontrent guère à la fois, comme nous l'avons vu, dans un même procédé de drainage, tandis qu'ils ressortent clairement de la description que nous avons faite du drain en anse.

2° Mais ce drain a encore d'autres *avantages* qui en font un instrument recommandable.

Sa fabrication très simple ainsi que l'absence d'un outillage complexe en font un instrument pratique, à la portée de tous les praticiens.

Comme nous l'avons vu plus haut, il est facile à introduire dans la cavité utérine, une simple pince à longs mors suffit pour cela.

Son maintien dans la cavité est assuré par sa forme même, la partie rétrécie venant prendre un point d'appui solide sur l'anneau naturel formé par le col utérin, tandis que l'anse se moule sur les parois du corps.

Grâce à sa forme arrondie, il offre partout des surfaces mousses à la paroi utérine qui, de ce fait, ne peut être blessée, évitant ainsi des réinoculations possibles. Sa forme en anse, qui maintient l'écartement des branches lutte puissamment contre la contraction utérine, pour l'empêcher d'écraser le tube et d'obturer ainsi

¹ Thèse de Vitrac.

sa lumière, et, pour la même cause le drain agit puissamment contre les coudures utérines.

4° Indications spéciales du drain en anse.

Nous n'envisagerons pas les cas où le drain en anse pourrait être employé en gynécologie pour drainer l'utérus, car nous ne l'avons jamais vu utiliser dans ce but ; nous pensons toutefois qu'il peut entrer en ligne de compte au même titre que tout autre drain utérin.

Nous ne prescrivons son emploi que pour les endométrites puerpérales : 1° surtout dans les cas d'endométrite puerpérale après avortement ; 2° dans les cas tardifs d'endométrite puerpérale, tels que nous les avons signalés.

Accessoirement, on peut l'employer (comme on le fait d'ailleurs à la clinique gynécologique de Lyon) pour drainer des collections purulentes ouvertes dans le cul-de-sac postérieur, concurremment à d'autres drains tels que les éponges ou le drain du Dr Vincent.

5° Observations.

Bien que le nombre de nos observations soit restreint elles n'en sont pas moins significatives.

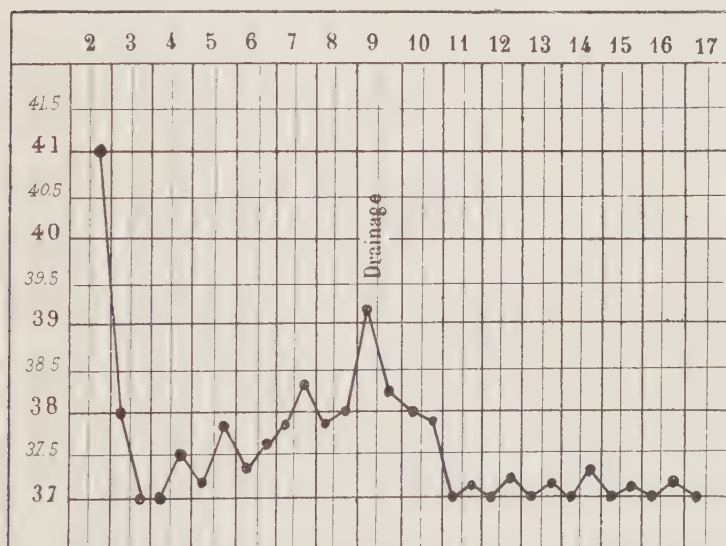
Nous avons fait choix de cas typiques où la température, prise convenablement, est démonstrative des effets du drainage. C'est pourquoi nous avons jugé utile, de faire suivre chaque observation de la courbe thermométrique qui l'accompagne.

OBSERVATION I

Femme Jeanne G... Première Infirmerie. Lit n° 23, âgée de vingt sept ans.

Aucun antécédent pathologique du côté des organes génitaux. Deux accouchements antérieurs, normaux.

A son entrée, le 2 juillet 1897, la malade présente des hémorragies abondantes et de violentes douleurs.



On lui fait un tamponnement très serré; malgré cela, l'hémorragie continue, et l'on pose l'indication de la délivrance. Extraction d'un fœtus macéré, suivie de la délivrance artificielle. La température qui était à 40 degrés tombe à 38 le lendemain; les deux jours suivants, on fait un lavage à la solution iodée. Le surlendemain, on note une ascension thermique, coïncidant avec un écoulement purulent très abondant.

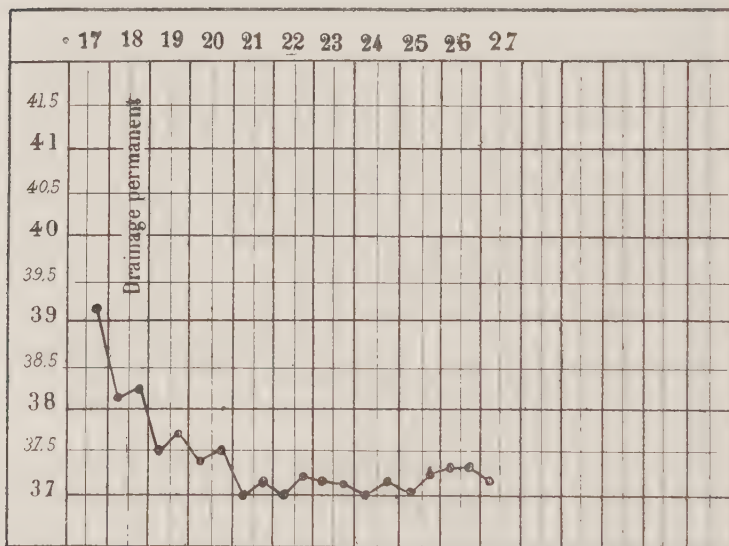
A chaque lavage intra-utérin, au moment où l'on dilate le

col, il se fait une issue assez brusque d'un flot de pus; en présence de ce résultat, on a l'idée de faire le drainage de l'utérus au moyen du drain en anse. Ce drainage pratiqué le 9 juillet, au moment où la température atteignait 39 degrés, amena une brusque chute de cette température, qui redevint à la normale dès le lendemain et s'y maintint définitivement.

OBSERVATION II

Femme Marie G. . Deuxième Infirmerie. Lit n° 12, ménagère, vingt-trois ans.

Bonne santé habituelle, menstruation ordinairement régulière. Depuis quatre mois, troubles menstruels, anémorrhée pendant



deux mois, puis une perte ayant duré quelques jours, suivie d'une nouvelle période d'aménorrhée.

La malade entre dans le service le 17 juillet 1897, elle a, depuis quatre jours, des pertes hémorragiques, très abondantes.

prétend n'avoir rien remarqué d'anormal dans les caillots et déclare énergiquement n'être pas enceinte.

On lui fait un lavage vaginal pour l'examiner, et cette manœuvre détermine l'expulsion d'un placenta macéré, d'odeur fétide, correspondant probablement à un fœtus de deux ou trois mois. On achève la délivrance artificielle et le doigt ramène de l'utérus, de petits débris placentaires présentant la même odeur fétide.

On institue alors le drainage permanent (drain en anse).

La température, qui était de 39°1 à son entrée, tombe dès le lendemain, et quatre jours après, est revenue à la normale. Au 22 juillet, la malade va bien, a bon appétit et ne présente aucune douleur pelvienne, ni pertes hémorragiques.

OBSERVATION III

Femme R..., dix-sept ans. Première Infirmerie. Lit n° 5.

Bonne santé antérieure, un peu d'anémie, menstruation ordinairement régulière.

La malade a accouché à la maternité le 24 juin 1897. L'accouchement fut laborieux, nécessita le forceps et fut compliqué par une large déchirure du col.

26 juin. — La malade présente de la fièvre, on lui fait des lavages intra-utérins au permanganate; la température se maintient malgré les lavages jusqu'au 9 juillet, où l'on essaye du drainage permanent.

La température qui était alors de 40 degrés, tombe le lendemain à 38 degrés, mais elle reprit une nouvelle ascension le 11, coïncidant avec l'apparition d'une phlébite à la jambe gauche, pour laquelle la malade reste à l'hôpital jusqu'au 1^{er} août.

OBSERVATION IV

Femme Antoinette A..., vingt-deux ans. Première Infirmerie, n° 6.

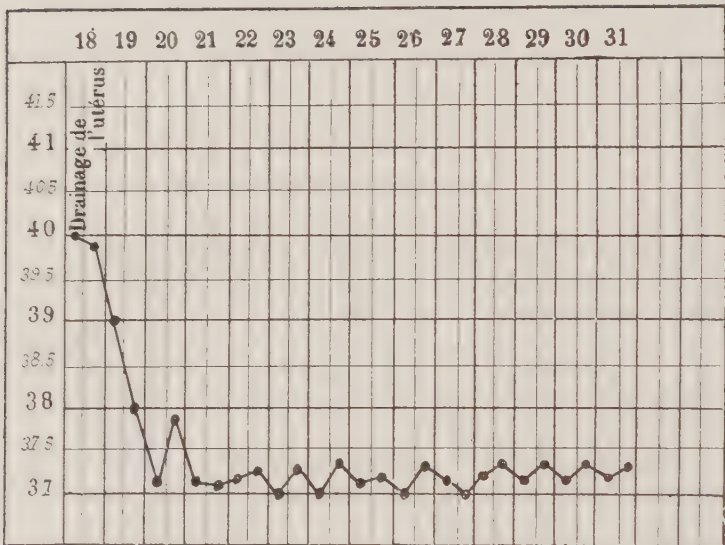
Antécédents. — Bonne santé habituelle, aucun passage génital pathologique. A dix-sept ans, première couche : trois enfants venus à terme à vingt et un ans, accouchement avant terme, enfant mort dix mois après.

Dernière grossesse excellente.

20 août 1897. — Accouchement normal, délivrance spontanée.

Huit jours après, la malade eut un grand frisson accompagné de céphalée et de vomissements. T. = 40 degrés.

Le médecin appelé auprès d'elle lui fit des lavages intra-uté-



rins, après lesquels les pertes furent moins fétides, mais la température reste à 38 degrés le matin, 50 degrés le soir.

18 août. — Elle entre à la première Infirmerie où l'on porte le diagnostic de métrite purulente puerpérale.

La température, prise le soir même, est de 40 degrés, l'utérus suppure, le toucher digital inter-utérin permet de constater que l'évolution utérine est incomplète et dénote l'absence de débris placentaires.

A ce moment on place le drain.

Le lendemain la température tombe à 38 degrés ; les lochies continuent à être fétides pendant huit jours, mais on ne note plus d'élévation de température.

La malade sort le 31 août, absolument guérie.

• OBSERVATION V

Femme Marie D..., vingt-cinq ans. Première Infirmerie, n° 2.
Bonne santé habituelle, pas de passé génital pathologique.

Le 25 juillet 1897 la malade accoucha à la Maternité d'un enfant mort, paraissant à terme, et pour l'extraction duquel on avait dû faire une application de forceps. La température prise immédiatement après l'accouchement est de 38°6.

Quatre jours après son accouchement, elle entre à l'infirmerie: son état général est assez bon, elle n'a pas de frissons, mais la température est toujours élevée et il s'écoule de l'utérus d'abondantes lochies fétides.

On institue le drainage permanent avec irrigations abondantes trois fois par jour.

La température ne descend que de 1°5 le lendemain, pour remonter ensuite, car une phlébite se déclare à la jambe gauche.

OBSERVATION VI

Femme Marie S..., vingt-trois ans. Première Infirmerie, lit n° 3.

Pas d'antécédents personnels ou héréditaires.

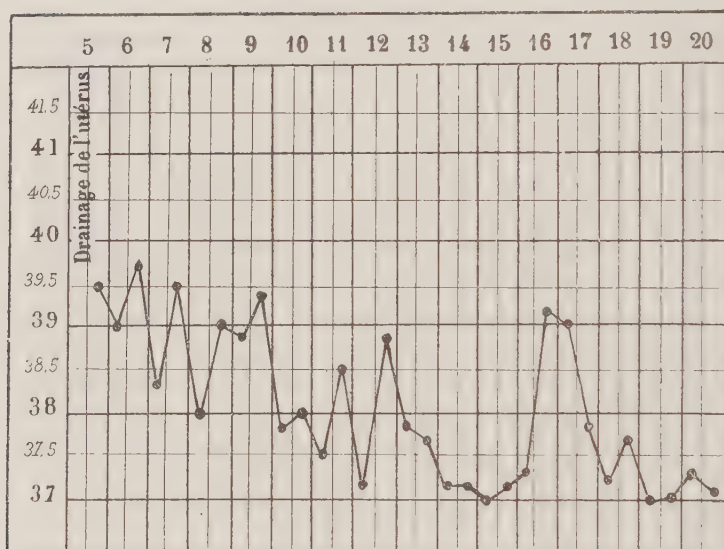
La malade a accouché le 30 août chez elle d'un enfant à sept mois, vivant et bien portant.

Deux jours après, sans éprouver de frisson, la malade prit une température très élevée, de plus de 40 degrés. L'accoucheuse fit de grands lavages intra-utérin, mais voyant persister la température, fit transporter la malade à la Charité.

A l'arrivée dans le service (5 septembre 1897), la température est de 40 degrés. Des lochies fétides s'écoulent de l'utérus, et la malade a de grands frissons chaque jour. La malade est dans la prostration, le pouls est à 120; on note, en outre, un léger souffle au 1^{er} temps. Pas d'albumine.

Dès son entrée on institue le drainage permanent de l'utérus.

La température subit, dès ce jour, une descente progressive. L'écoulement utérin, de purulent qu'il était, devient louche, puis insignifiant.



Le drain sort de lui-même le 11 septembre.

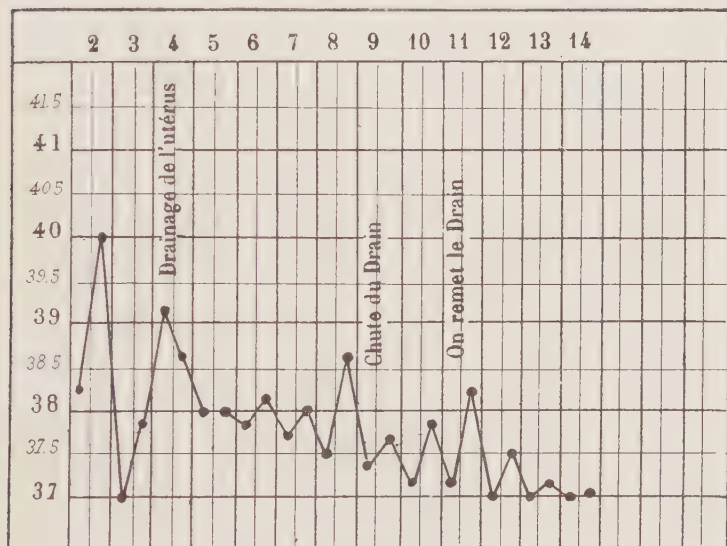
Le col étant un peu resserré, on pratique le 12 et le 13 un ou deux lavages intra-utérins qui ramènent un peu de sang. La malade continue à perdre légèrement pendant les intervalles. Le 15, on note une ascension thermique. On fait le toucher et l'on constate la présence d'un cotylédon placentaire, oublié au moment de la délivrance en ville. On pratique la délivrance artificielle et la température revient à la normale.

OBSERVATION VII

Femme Emélie B., trente et un ans, Première Infirmerie,
n° 2.

Pas d'antécédent génital pathologique.

2 septembre 1897. — La malade accouche à la Maternité ;
présentation de l'épaule, version faite avec toutes les pré-
cautions antiseptiques désirables, délivrance artificielle.



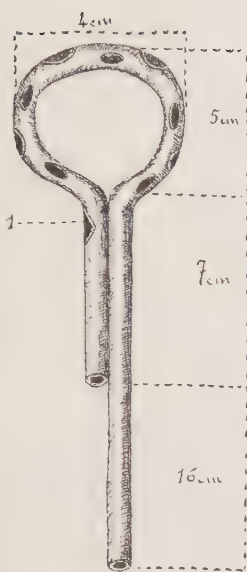
Le soir, la malade a un frisson et la température monte à 40°, redescend le lendemain à 37° et de nouveau atteint 39°5 le soir.

La malade passe alors à l'infirmerie, où l'on institue le drainage permanent, avec lavages trois fois par jour. La température redescend et l'état général s'améliore. Le pus s'écoule en abondance au moment des lavages.

Au sixième jour, le drain tombe, et de nouveau la température

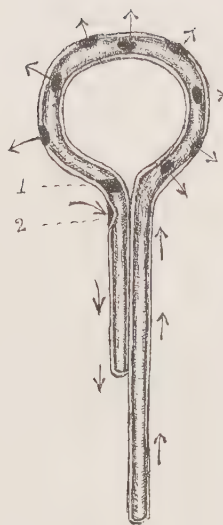
remonte, et l'odeur purulente persiste malgré les lavages vaginaux.

11 septembre — On soupçonne de la rétention utérine, on introduit la sonde de Reverdin, et l'écartement de ses hanches donne issue à un flot de pus verdâtre et fétide. On replace immédiatement un autre drain et l'on recommence les lavages comme précédemment, la température redevient normale.



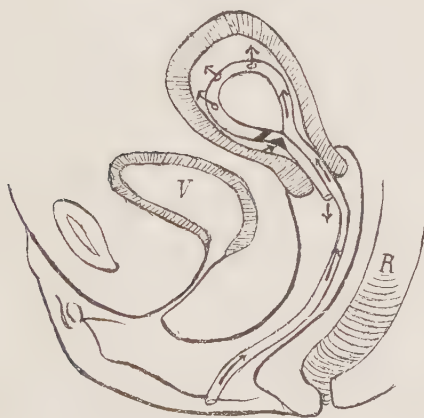
Pl. I.

1. Fenêtre losangique.



Pl. II

1. Disque obstruteur.
2. Fenêtre losangique.



Pl. III

CONCLUSIONS

I. Le drainage intra-utérin a été souvent employé à l'étranger et en France, en gynécologie, dans les diverses affections utérines (endométrites, annexites, sténoses, stérilité, etc....). Moins souvent il fut pratiqué pour traiter l'endométrite puerpérale, bien que plusieurs auteurs allemands aient étudié cette pratique en détail.

II. Les formes de drainage utilisées en gynécologie sont très variées et très nombreuses ; cependant, on peut les ramener à trois principales : gaze, crins de Florence, tubes. En obstétrique, on a surtout employé la gaze et les tubes.

III. La plupart des drains employés ont le gros inconvénient d'irriter la paroi utérine par leur extrémité et de n'avoir pas une forme qui assure leur maintien dans la cavité.

IV. Le drain que nous décrivons tient dans l'utérus par sa propre forme, lutte avantageusement contre les coudures utérines et facilite les irrigations intra-utérines.

V. Son emploi est indiqué dans le traitement des endométrites puerpérales localisé à l'endomètre, chaque fois qu'il y aura menace de rétention dans la cavité du corps utérin, par suite du retrait de l'orifice interne et de la flexion du corps sur le col.

VI. C'est surtout à la campagne que ce drain deviendra utile, pour faciliter les lavages fréquents de l'utérus, en l'absence du médecin.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
M. POLLOSSON

Vu :

POUR LE DOYEN, L'ASSESEUR
LACASSAGNE

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 7 février 1902

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- American Journal of Obstetrics*, janvier 1890.
— — — — — janvier 1892.
Boston medical et surg. Journal, mars 1892.
Virginia medical Monthly, septembre 1892.
Deutsche Chirurgie, 1886.
Centralblatt für Gynecologie, 1883 et 1893.
Lyon médical, février 1888.
Thèse de H. Bouchard. Paris, 1897.
Thèse de Vitrac. Bordeaux, 1895.
Thèse de Perrier. Paris, 1900.
Thèse de Gehorghin. Paris, 1900.
Actualités médicales. Paris, 1892, IV.
Gazette des Hôpitaux, 1892 et 1893.
Thèse de Bouteil. Paris, 1893.
Semaine médicale, 1892, p. 348.
British med. Journal, février 1889.
The Lancet, octobre 1891.
Zeitschrift für Geburtsholfe une Gynecologie, 1878.
Sammlung klinischer verträge Ginecologie, 1876.
Berliner klinische Wochenschrift, 1877 et 1879.
Bulletin de la Société d'accouchement et de Gynécologie de
 Saint-Petersbourg, décembre 1895, février 1896.
Journal d'accouchement et de Gynécologie russe, avril 1898.
POZZI, *Traité de Gynécologie*.
TARNIER, *De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique*.
LABADIE-LAGRAVE, *Traité de Gynécologie*.
CONDAMIN, *Mercredi médical*, 1894, p. 273.
Annales de Gynécologie, 1896, p. 404 (Gouzartchik).

TABLE

AVANT-PROPOS,	5
PREMIÈRE PARTIE. — HISTORIQUE DU DRAINAGE DE LA	
CAVITÉ UTÉRINE	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique du drainage utérin en	
gynécologie	9
CHAPITRE II. — Historique du drainage utérin en obsté-	
trique	18
DEUXIÈME PARTIE. — ÉTUDE DU DRAINAGE UTÉRIN EN	
GYNÉCOLOGIE	23
CHAPITRE PREMIER. — Principales méthodes de drainage	
utérin employées en gynécologie	24
CHAPITRE II. — Étude critique des procédés de drainage	
utérin	29
CHAPITRE III. — Indications du drainage utérin.	34
TROISIÈME PARTIE. — DU DRAINAGE UTÉRIN EN OBSTÉ-	
TRIQUE	39
CHAPITRE PREMIER. — Méthode du drainage en obstétrique.	41
CHAPITRE II. — Critique des procédés de drainage utérin	
employés en obstétrique	45
CHAPITRE III. — Indications du drainage utérin en obsté-	
trique	49
PARTIE COMPLÉMENTAIRE. — Drain en anse	53
OBSERVATIONS	59
CONCLUSIONS	69
BIBLIOGRAPHIE.	71
